

(山武方式)病診連携専用「物忘れ」外来のための紹介状 (AまたはBの枠内、C、D、受診後の対応のみ必須)
 【精神科入院依頼は精神科外来紹介(予約必要・紹介状必要で午前受診)をお願いします】

紹介元医療機関名

紹介状作成日:平成 年 月 日

紹介医師名

★受診後の対応 逆紹介希望 逆紹介希望しない

患者名:

生年月日:M・T・S

年

月

日

男 女

HDS-R

/30

MMSE

/30

A:認知症を強く疑う、下記問題があるので

診断・評価・治療を依頼する

I) 問題点(複数チェック可)

- 記憶障害・生活機能障害などの中核症状
- 興奮や幻覚・妄想などのBPSD(周辺症状)
- 元気がなく活動性が低い
- その他(具体的に):

II) 病状の全般的な進行(悪化)状況は

- ゆっくり(数か月～年単位)
- 亜急性 (1～2月程度)
- 急性 (数日～1・2週間):急性脳神経障害
 の可能性ありTELにて直接当日受診依頼を

III) ご家族は

- 自宅での生活維持を望んでいる
- 施設等への入所を望んでいる

B)認知症の可能性を疑わせる下記のサインがあったので

診断・評価・治療を依頼する

- 患者が物忘れ・認知症について口にした
- 家族・スタッフが物忘れ・認知症について口にした
- 家族が同伴・家族だけが受診するようになった
- 質問すると家族をみる(振り向き現症)
- 診察・検査予約を2回以上忘れた
- 幻覚(幻視・幻聴)が疑われる
- 体が傾いている・歩行がスムーズでない
- 診察中、ウトウトする・居眠りをする
- 会話が貧困(会話が続かない)・ひどく活気がない
- 腕や脚を組む・体をさする・どもる・立ち上がる

(原則65歳以上の方に認められた場合)

- はっきりした原因なく体重減少(70歳以上で認知機能精査希望者)

C) 治療中の病名

治療開始日(年月)

病状

①	年 月	安定・不安定
②	年 月	安定・不安定
③	年 月	安定・不安定
④	年 月	安定・不安定
⑤	年 月	安定・不安定
⑥	年 月	安定・不安定

確認した場合にはチェックして下さい

- 動物名(1分) 個 (13個以下ダメ)
- 筋強剛あり
- 夜間の寝言・大声あり
- 人に会う・買物で外出なし(過去1ヵ月)
- 「利き手どっち?」がダメ

D) 投薬内容 お薬手帳参照(持参させます)

別紙に記載します

下記と診断しています(○で囲む)

①アルツハイマー ②レビー小体型 ③脳血管性 ④前頭側頭型 ⑤_____の混合